

REGISTRO DATOS UPD

Nº Registro: _____

PIE DERECHO: ☐

PIE IZQUIERDO: ☐

Nº historia: _____ **Nombre y Apellidos:** _____

Telef: _____ //

Edad (dd/mm/aaaa): _____

Fecha 1ª C: _____ **Sexo:** H ☐ M ☐ **Motivo consulta :** Úlcera ☐ Prevención ☐ Tto ortop ☐ Quiro ☐ Otros _____

Tipo de DM:

DM 1 ☐
DM 2 NID ☐
DM 2 ID ☐
No DM ☐

Evol. DM (años): _____

TTO:

Dieta+ejerc ☐
ADO ☐
Ins ☐
ADO+ Ins ☐

Medicación:

Tto.HTA ☐
Antiagregantes ☐
Colesterol ☐
Corticoides ☐

PESO: _____ Kg

TALLA: _____ m

AINES ☐ Otros (espec.) _____
ATB ☐
Gabapentina ☐

Glucemia: _____

HbA1c: _____

Antecedentes:

Retinopatía ☐
Nefropatía ☐
HTA ☐
Hipercolesterolemia ☐
Antec.CV ☐
Dieta ☐
Sedentarismo ☐
C.endocrino ☐
C.vascular ☐
C.neurológico ☐
Ant.ulceración ☐
Ant.amputación ☐
Otros _____

Alergias: _____

Escala:

Texas _____

Wagner _____

Expl. Neurol.: Afect. Superficial _____ /10

Sint. Neurop. ☐

Afect. Vibratil: Maleolo Int. PD PI Melolo Ext. PD PI 1ª cabeza mtt PD PI

☐

☐

☐

PD PI

PD PI

5ª cabeza mtt ☐

Hallux ☐

Expl. Vascular:

Pulsos – Pedio PD PI - T. Post PD PI

SI ☐

SI ☐

NO ☐

NO ☐

TcPO2: PD _____ mmHg

PI _____

mmHg

Cl: SI ☐ NO ☐

ITB PD _____

PI _____

PST _____

PSB _____

Tabaco SI ☐

NO ☐

Ex ☐

Enolismo SI ☐

NO ☐

Ex ☐

Calcific. SI ☐

NO ☐

OAND SI ☐

NO ☐

REVISIÓN DATOS UPD**(12 semanas)****Nº Registro:** _____ **Fecha de Revisión:** _____**Nº historia:** _____ **Nombre y Apellidos:** _____**Edad (dd/mm/aaaa):** _____**Motivo Revisión:** Úlcera ☐ Prevención ☐ Tto ortop ☐ Otros (espec): _____**Tipo de DM:**DM 1 ☐
DM 2 NID ☐
DM 2 ID ☐
No DM ☐**Evol. DM (años):** _____**TTO:**Dieta+ejerc ☐
ADO ☐
Ins ☐
ADO+ Ins ☐**Medicación:**Tto.HTA ☐ AINES ☐ Otros (espec.) _____
Antiagregantes ☐ ATB ☐
Colesterol ☐ Gabapentina ☐
Corticoides ☐

Glucemia: _____

HbA1c: _____

Antecedentes:**Alergias:** _____Retinopatía ☐
Nefropatía ☐
HTA ☐
Hipercolesterolemia ☐
Antec.CV ☐
Dieta ☐
Sedentarismo ☐
C.endocrino ☐
C.vascular ☐
C.neurológico ☐
Ant.ulc ☐
Ant.amput. ☐
Otros _____**Escala:**

Texas: _____

Wagner: _____

Expl. Neurol.: Afect. Superficial ____ /10 Sint. Neurop. ☐
Afect. Vibratil: Maleolo Int. PD PI Melolo Ext. PD PI 1ª cabeza mtt PD PI_____
PD PI PD PI
5ª cabeza mtt _____ Hallux _____**Expl. Vascular:** Pulsos – Pedio PD PI - T. Post PD PI
SI _____ SI _____
NO _____ NO _____
TCPO2 _____ mmHg **Cl:** SI ☐ NO ☐ITB PD _____ PI _____
PST _____ PSB _____
Tabaco SI ☐ NO ☐ Ex ☐
Enolismo SI ☐ NO ☐ Ex ☐
Calcific. SI ☐ NO ☐
OAND SI ☐ NO ☐

ÚLCERA:

Nº Registro: _____

Fecha Revisión: _____

Nº Historia: _____

Nombre y Apellidos: _____

PD: ☐ **PI:** ☐ **Localización:** Hallux ☐ Cabezas ☐ Pulpejos ☐ Dorso ☐ Retropié ☐ 5ª cab ☐ Otros: _____

T. Evol. (sem): _____

Tto previo local: Antisep ☐ GWC ☐ Atb topico ☐ Otros (espec.): _____

Dimens. Inicio: L _____ x A _____

Probing to bone: Positivo ☐ Negativo ☐ **Signos radiológicos osteomielitis:** SI ☐ NO ☐ NO Rx ☐

Bordes: Sanos ☐ HQ ☐ Macerac. ☐ Eritematosos ☐

Fondo: Granulac. ☐ Hipergran. ☐ Esfácelo ☐ Palidez ☐ Necrosis _____ %

Escala: **Texas:** _____ **Wagner:** _____

Tratamiento: Antiséptico ☐ Carbón + Ag ☐ Alginato ☐ Hidrofibra + Ag ☐ Colagenasa ☐ Malla silicona ☐ Espuma ☐

Hidrogel ☐ ATB Tópico: _____ ATB Oral: _____

Descarga ☐ Calzado PostQx: ☐ Otros (bota, vac...espec): _____

IQ: Legrado ☐

Desbridamiento ☐

Amputación ☐

Sesamoidectomía ☐

Osteotomía ☐

Artroplastia ☐

Cultivo: SI ☐ NO ☐ **Fecha:** _____

Germen: _____

Antibiograma: _____

DERIVACIÓN: ☐

ALTA UPD

Nº Registro: _____

Nº historia: _____ **Nombre y Apellidos:** _____

Fecha Alta: _____

Tipo de DM:

DM 1 ☐
DM 2 NID ☐
DM 2 ID ☐
No DM ☐

Evol. DM (años): _____

TTO:

Dieta+ejerc ☐
ADO ☐
Ins ☐
ADO+ Ins ☐

Medicación:

Tto.HTA ☐ AINES ☐ Otros (espec.) _____
Antiagregantes ☐ ATB ☐
Colesterol ☐ Gabapentina ☐
Corticoides ☐

Glucemia: _____
HbA1c: _____

Expl. Neurol.: Afect. Superficial ____ /10 Sint. Neurop. ☐
Afect. Vibratil: Maleolo Int. PD PI Melolo Ext. PD PI 1ª cabeza mtt PD PI

PD PI PD PI
5ª cabeza mtt _____ Hallux _____

Escala:

Texas _____
Wagner _____

Expl. Vascular: Pulsos – Pedio PD PI - T. Post PD PI
SI ☐ NO ☐ SI ☐ NO ☐
TCPO2 _____ mmHg **CI** SI ☐ NO ☐
ITB PD _____ PI _____
PST _____ PSB _____

Cicatrización (sem): _____

TTO. ORTOPÉDICO: SI ☐ NO ☐

Especificar: _____ (fecha)

OP ☐ Silicona ☐ Buen Calzado ☐ Modificación Calzado ☐

Tabaco SI ☐ NO ☐ Ex ☐
Enolismo SI ☐ NO ☐ Ex ☐
Calcific. SI ☐ NO ☐
OAND SI ☐ NO ☐